

Sozialamt North Carolina
Mitteilung über Ablauf von Lebensmittelleistungen und Formular für erneute Zertifizierung

Unternehmensnummer	Name des Sachbearbeiters	Sachbearbeiternummer	Fallnummer	Produktliefernummer	Versanddatum

Ihre Lebensmittelleistungen werden am _____ eingestellt. Möglicherweise können Sie auch nach diesem Datum weiterhin Lebensmittelleistungen erhalten, wenn Sie dieses Formular ausfüllen und es uns spätestens bis zum _____ zukommen lassen.

(Adresse der lokalen Behörde für Soziales und Familie des Verwaltungsbezirks)

(Adresse des Haushalts)

Was muss ich mit diesem Formular machen?

Sie oder Ihr befugter Vertreter müssen dieses Formular ausfüllen und die letzte Seite unterschreiben und datieren. Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig. Wenn Sie dieses Formular nicht ausfüllen können, müssen Sie es lediglich unterschreiben und einen lesbaren Namen und eine Adresse angeben. Reichen Sie das Formular bei uns ein oder schicken Sie es per Post oder Fax an obenstehende Adresse. Wenn ein unterzeichnetes Formular unvollständig ist, wird sich Ihr Sachbearbeiter mit Ihnen in Verbindung setzen, um weitere Informationen zu erhalten. Wenn Sie Fragen haben, kontaktieren Sie bitte Ihren Sachbearbeiter oder den Kundendienst des Ministeriums für Gesundheitspflege und Soziale Dienste der Vereinigten Staaten von Amerika unter 1 800 662 7030 oder 1 877 452 2514 (für Fernschreiber).

Sie sind dafür verantwortlich, erforderliche Bestätigungsinformationen vorzulegen. Die Informationen auf diesem Formular und Informationen, die von anderen Quellen erhalten werden, können dazu führen, dass Ihre Leistungen eingestellt werden oder sich ändern.

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Formulars benötigen, rufen Sie bitte _____ an oder rufen Sie den Kundendienst des Ministeriums für Gesundheitspflege und Soziale Dienste der Vereinigten Staaten von Amerika unter 1 800 662 7030 oder 1 877 452 2514 (für Fernschreiber) an.

- Wenn Sie Hilfe bei der Antragstellung benötigen, kann Ihnen kostenlos ein Dolmetscher bereitgestellt werden.
- Bitte stellen Sie sicher, dass die Adresse der lokalen Behörde für Soziales und Familie durch das Fenster des beiliegenden Rückumschlags zu sehen ist.
- **Bitte senden Sie dieses Formular nicht vor dem ersten Tag des Monats _____ zurück.**
- Legen Sie für die Monate _____ Nachweise bei.

Informationen zu Sozialversicherungsnummern und US-Staatsbürgerschafts- und Immigrationsstatus

Sie müssen keinen Antrag auf Leistungen für sich selbst oder Mitglieder Ihres Haushalts stellen und sind nicht verpflichtet, Fragen zu Sozialversicherungsnummer und Staatsbürgerschaft/Immigrationsstatus für die Personen zu beantworten, für die Sie keinen Antrag stellen. Für jede Person, für die Sie den Antrag stellen, müssen Sie Angaben zu Sozialversicherungsnummer und Staatsbürgerschafts-/Immigrationsstatus machen. Die Angabe einer Sozialversicherungsnummer ist für Antragsteller für Leistungen gemäß der Lebensmittelvereinbarung (Food and Nutrition Act) verpflichtend. Wir geben keine Sozialversicherungsnummern an den INS weiter. Wir verwenden die Sozialversicherungsnummer, die Sie uns geben, ausschließlich, um Computerübereinstimmungen durchzuführen und die Informationen zu prüfen, die Sie bei bundesstaatlichen und nationalen Stellen hinterlegt haben. Sie müssen ein US-amerikanischer (US) Staatsbürger oder ein anspruchsberechtigter Ausländer sein und ferner andere Regeln für Lebensmittelleistungen erfüllen, um Lebensmittelleistungen zu erhalten. Wir kontaktieren den USCIS nur, um den Immigrationsstatus von Haushaltsmitgliedern zu prüfen, die uns ihre Einwanderungspapiere gegeben haben. Wenn ein Antragsteller diese Informationen nicht bereitstellt, hat er keinen Anspruch auf Leistungen.

Haushaltsmitglieder müssen Ihre Finanzinformationen bereitstellen, da sie erforderlich sind, um die Anspruchsberechtigung der antragstellenden Personen zu ermitteln. Anspruchsberechtigte antragstellende Haushaltsmitglieder können auch dann Leistungen erhalten, wenn einige Personen im Haushalt keine Leistungen beantragen. Die Höhe der Leistungen hängt von der Anzahl Personen ab, die Leistungen beantragen.

Wenn Sie an Ihrem jetzigen Wohnort nicht ins Wählerverzeichnis eingetragen sind, möchten Sie hier und heute eine Eintragung ins Wählerverzeichnis beantragen?

Ja Nein **WENN SIE KEINES DER KONTROLLKÄSTCHEN MARKIEREN, BEDEUTET DIES, DASS SIE SICH ENTSCIEDEN HABEN, SICH ZUM JETZIGEN ZEITPUNKT NICHT INS WÄHLERVERZEICHNIS EINTRAGEN ZU LASSEN.**

Informationen zu Ihren Haushaltsrechnungen

1. Geben Sie bitte Ihre Post- und Wohnanschrift an.

Postanschrift

Wohnanschrift (wenn abweichend von Postanschrift)

Stadt, Bundesstaat, Postleitzahl

Stadt, Bundesstaat, Postleitzahl

Telefonnummer

Telefonanbieter

LEGEN SIE EINEN NACHWEIS FÜR NEUE ODER GEÄNDERTE RECHNUNGEN SEIT IHRER LETZTEN ERNEUTEN BESTÄTIGUNG BEI

2. Wie viel Miete zahlen Sie? _____ USD Wie häufig gezahlt? _____
 Kreisen Sie Leistungen ein, die Sie erhalten: HUD Section 8 Sozialwohnung Wie hoch ist Ihr Anteil der Miete? _____
 Wie viel Grundstücksrente zahlen Sie? _____ USD Wie häufig gezahlt? _____

3. Wie viel zahlen Sie für die Hypothek Ihres Hauses? _____ USD Wie häufig gezahlt? _____
 Grundsteuer: (wenn getrennt bezahlt) Gezahlter Betrag? _____ USD Wie häufig gezahlt? _____
 Hauseigentümersversicherung: (wenn getrennt bezahlt) Gezahlter Betrag? _____ USD Wie oft? _____
 Abgaben des Hauseigentümers: (wenn getrennt bezahlt) _____ USD Wie oft? _____

4. Für die Zahlung welcher Versorgungsrechnungen sind Sie verantwortlich? (Alles Zutreffende markieren).

- Heizung Kerosin Wasser/Abwasser Kohle
 Strom Flüssiggas Telefon/Mobiltelefon Heizöl
 Abfallentsorgung Erdgas Versorgungsbeitrag (Sozialwohnungen) Holz

Wie heizen Sie Ihr Haus? _____ Wie kühlen Sie Ihr Haus? _____

5. Hilft Ihnen jemand bei der Zahlung Ihrer Rechnungen? Ja Nein Wenn ja, wer hilft? _____

6. Haben Sie an Ihrer aktuellen Adresse in den letzten 12 Monaten einen Scheck des Energieunterstützungsprogramms für Haushalte mit geringem Einkommen (Low Income Energy Assistance Program, LIEAP) erhalten? Ja Nein

7. Zahlt Ihr Haushalt für Kinderbetreuung oder die Betreuung erwachsener Behinderter? Ja Nein

Wer wird betreut? _____

Wer zahlt? _____ Betrag pro Monat oder Gebühr des Elternteils _____ USD

Name und Telefonnummer des Betreuungsanbieters/Babysitters _____

Transportkosten für Kinder-/Erwachsenenbetreuung _____ USD

8. Hat jemand **über 60 Jahre oder jemand, der Behinderungsleistungen erhält**, medizinische Auslagen in Höhe von mehr als 35 USD pro Monat? Dies umfasst Transportkosten für medizinische Betreuung. Ja Nein Wenn ja, möchten Sie einen Abzug für diese Auslagen beantragen? Ja Nein **Um diesen Abzug zu erhalten, müssen Sie Belegen oder einen Computerausdruck Ihrer Auslagen beilegen.**

9. Leistet Ihr Haushalt gerichtlich angeordnete Unterhaltszahlungen für Kinder außerhalb Ihres Hauses (einschließlich gerichtlich angeordneter Krankenversicherungszahlungen)? Ja Nein

Wer leistet die Unterhaltszahlungen für Kinder? _____ An wen werden sie ausgezahlt? _____

Name des Kindes? _____ Gezahlter Betrag _____ USD Wie oft? _____

Personen, die mit Ihnen leben

10. Bitte führen Sie unten alle Personen auf, die mit Ihnen zusammen leben. (Bei Bedarf weiteres Blatt beifügen)

Name (Vorname, erster Buchstabe des zweiten Vornamens & Nachname)	Beziehung zu Ihnen	Geburts- datum	Alter/ Geschlecht	Beantragung? (Ja/Nein)	*Optional Sozialversicherungs- nummer	*Optional US- Staats- bürger? (Ja/Nein)	*Optional Hispanisch (Ja/Nein)	*Optional Abstammung (siehe unten)	Kaufen & kochen Sie zusammen?
	Allein								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
									<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
									<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
									<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
									<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
									<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

* Sozialversicherungsnummer und Informationen zur Staatsbürgerschaft sind für Personen, die sich nicht für Leistungen bewerben, nicht erforderlich.

*Die Nicht-Angabe von ethnischer Herkunft oder Abstammung wirkt sich nicht auf Leistungen oder Höhe der Leistungen aus. Wenn die Informationen nicht bereitgestellt werden, erfasst die Behörde die Informationen im Rahmen des Interviews durch Beobachtung. Die Angabe dieser Informationen hilft sicherzustellen, dass Programmleistungen ohne Rücksicht auf Abstammung, Hautfarbe oder nationaler Herkunft verteilt werden (diese Informationen werden nur für statistische Zwecke verwendet).

Abstammung: Wählen Sie eine oder mehr Nummern aus, die zutreffen und geben Sie diese oben ein 1 - Amerikanischer Indianer/Ureinwohner Alaskas 2 - Asiat
 3 - Schwarz/Afro-Amerikaner 4 - Ureinwohner Hawaii/Andere Pazifikinsel 5 - Weiß

Welches Geld erhalten Personen in Ihrem Haushalt von der Arbeit oder von anderen Stellen?

11. Arbeitet jemand in Ihrem Haushalt? Ja Nein Wenn ja, bitte unten ausfüllen.

Ist jemand in Ihrem Haushalt kurz davor, eine neue Stelle anzutreten? Ja Nein Wenn ja, erwartetes Startdatum angeben und unten ausfüllen.

Name der Person _____ Arbeitgeber _____ Wie oft bezahlt? _____

Name der Person _____ Arbeitgeber _____ Wie oft bezahlt? _____

Legen Sie alle Lohnzettel für den auf Seite 1 aufgeführten Monat bei. Wenn Sie monatlich bezahlt werden, legen Sie Lohnzettel oder Einkommensnachweise für den auf Seite 1 aufgeführten Monat und den Monat davor bei. Wenn Sie selbstständig tätig sind, legen Sie die nationalen Steuerformulare und alle Anlagen des vergangenen Jahres bei. Wenn keine Steuerformulare für das vergangene Jahr vorliegen, legen Sie Ihre Geschäftsunterlagen und -belege für Geschäftsausgaben für die vorherigen 12 Monate bei.

Wenn Sie nicht alle Lohnzettel haben, können Sie Ihren Arbeitgeber bitten, den Abschnitt unten auszufüllen und zu unterschreiben.

A - Name der arbeitenden Person:					B - Name der arbeitenden Person:								
Arbeitgeber:					Arbeitgeber:								
Adresse:					Adresse:								
Telefonnummer des Arbeitgebers:					Telefonnummer des Arbeitgebers:								
Wie häufig bezahlt?					Wie häufig bezahlt?								
	Datum der Einkommensauszahlung			Brutto Gehalt	Trinkgelder	Gesamt Stunden		Datum der Einkommensauszahlung			Brutto Gehalt	Trinkgelder	Gesamt Stunden
	Monat	Tag	Jahr					Monat	Tag	Jahr			
1							1						
2							2						
3							3						
4							4						
5							5						
_____						_____							
UNTERSCHRIFT DES ARBEITGEBERS DATUM						UNTERSCHRIFT DES ARBEITGEBERS DATUM							

12. Erhält jemand in Ihrem Haushalt Geld aus anderen Quellen als durch Arbeit? Beispiele: Bargeld, Beiträge, Work First, Unterhaltszahlungen für Kinder, Arbeitslosenleistungen, Sozialversicherung, zusätzliche Sozialhilfeleistungen, Arbeitsunfallversicherung, Kriegsveteranzahlungen usw. Ja Nein

Wenn ja, bitte einen Nachweis für den auf Seite 1 angegebenen Monat beilegen. Bitte geben Sie die Informationen in die untenstehende Tabelle ein.

Wenn Sie Bargeld, Beiträge oder Unterhaltszahlungen für Kinder erhalten, legen Sie einen Nachweis für den auf Seite 1 angegebenen Monat und den Monat davor bei. (Bei Bedarf weiteres Blatt beifügen)

Art des Geldes	Wer erhält das Geld?	Wer gibt das Geld?	Telefonnummer und Adresse der Person, von der Sie Geld erhalten?	Wie viel?	Wie oft?

Über welche Vermögenswerte verfügen Personen in Ihrem Haushalt?

13. Bitte markieren Sie für unten aufgeführte Vermögensgegenstände „Ja“ oder „Nein“, je nachdem, ob Sie sie besitzen, jemand anders in Ihrem Haushalt sie besitzt oder Sie sie gemeinsam mit Personen, bei denen es sich nicht um Mitglieder des Haushalts handelt, besitzen. Wir werden bestimmen, ob eine Überprüfung erforderlich ist und ob sie Ihnen zur Verfügung stehen. (Bei Bedarf weiteres Blatt beifügen)

Art des Vermögenswerts	Ja	Nein	Bilanz oder Wert	Wer besitzt dies?	Wo bewahren Sie diesen Vermögensgegenstand auf und wie lautet die Kontonummer?
Barguthaben					
Girokonto					
Sparkonto					
Sonstiges					

Weitere Informationen zu den Personen in Ihrem Lebensmittelleistungshaushalt

- 14. Sind Sie sich Dingen bewusst, die sich in Ihrem Haushalt in den vergangenen 6 Monaten geändert haben, zum Beispiel jemand, der innerhalb der letzten 6 Monate die Arbeit eingestellt oder aufgenommen hat oder den Schulbesuch abgeschlossen oder aufgenommen hat? Ja Nein Wenn ja, geben Sie die Änderungen bitte an:

- 15. Lebt jemand in Ihrem Haushalt, der 16 Jahre oder älter ist und zur Schule geht? Ja Nein Wenn ja, geben Sie den Namen der Person und die Schule an, die sie besucht:

- 16. Wurde jemand in Ihrem Haushalt nach dem 22. August 1996 aufgrund eines Drogenverbrechens verurteilt? Ja Nein Wenn ja, bitte geben Sie den Namen, das Datum, die Art und den Ort der Verurteilung an:

- 17. Verstößt jemand in Ihrem Haushalt gegen Bewährungs- oder Hafturlaubsauflagen oder flieht vor dem Gesetz, um die strafrechtliche Verfolgung wegen eines Verbrechens zu vermeiden?
 Ja Nein Wenn ja, geben Sie bitte seinen/ihren Namen sowie das Datum und die Art des Verstoßes an:

- 18. Wurden Sie oder ein Mitglied Ihres Haushalts nach dem 22. August 1996 aufgrund des Handels mit Leistungen für Drogen verurteilt?
 Ja Nein Wenn ja, bitte geben Sie den Namen, das Datum, die Art und den Ort der Verurteilung an:

- 19. Wurden Sie oder ein Mitglied Ihres Haushalts aufgrund des Kaufs oder Verkaufs von Leistungen in Höhe von 500 USD oder mehr nach dem 22. August 1996 verurteilt? Ja Nein Wenn ja, geben Sie bitte seinen/ihren Namen und das Datum an:

- 20. Wurden Sie oder ein Mitglied Ihres Haushalt aufgrund des betrügerischen Erhalts von doppelten Leistungen in einem beliebigen Bundesstaat nach dem 22. August 1996 verurteilt? Ja Nein Wenn ja, bitte geben Sie den Namen, das Datum, die Art und den Ort der Verurteilung an:

- 21. Wurden Sie oder ein Mitglied Ihres Haushalts aufgrund des Handels mit Leistungen für Waffen, Munition oder Sprengstoff nach dem 22. August 1996 verurteilt? Ja Nein Wenn ja, bitte geben Sie den Namen, das Datum, die Art und den Ort der Verurteilung an:

Muss jemand für Sie den Antrag auf Lebensmittelleistungen stellen oder Ihre Lebensmittelleistungen für Sie nutzen?

Möchten Sie, dass Ihnen jemand hilft, Ihre Lebensmittelleistungen zu erhalten und/oder Ihre Lebensmittelleistungen zu nutzen?

Ja Nein Wenn ja, geben Sie bitte den Namen der Person an:

Wenn Sie oben Ja markiert haben, geben oder schicken wir Ihnen ein Formular. Sie und die Person, deren Hilfe Sie möchten, können das Formular ausfüllen und es an unser Büro zurücksenden. Diese Person erhält eine EBT-Karte und hat Zugang zu Ihren Lebensmittelleistungen.

Wenn auf Seite 1 ein befugter Vertreter aufgeführt ist, möchten Sie diesen Vertreter weiterhin behalten? Ja Nein

Ihre Unterschrift und Ihre Verständniserklärung

Ich verstehe, dass meine Unterschrift Bundes-, bundesstaatliche und lokale Beamte befugt, andere Personen oder Organisationen zu kontaktieren, um die von mir gemachten Angaben zu überprüfen. Ich habe korrekte Angaben zur Staatsbürgerschaft/zum Immigrationsstatus aller Personen, für die dieser Antrag gilt, gemacht. Die Behörde für Soziales und Familie muss entsprechende Informationen bereitstellen, wenn ein Strafverfolgungsbeamter die Adresse, die Sozialversicherungsnummern oder Fotos in Ihrer Akte anfordert, um beim Auffinden flüchtiger Straftäter oder Personen, die gegen Ihre Bewährungs- oder Hafturlaubsauflagen verstoßen, zu helfen.

Mitglieder, die vorsätzlich gegen die Regeln verstoßen oder kontrollierte Substanzen verkaufen, können möglicherweise bei dem ersten Vergehen für einen Zeitraum von einem Jahr, beim zweiten Vergehen für einen Zeitraum von zwei Jahren und beim dritten Vergehen permanent vom Erhalt von Lebensmittelleistungen ausgeschlossen werden. Außerdem kann eine Geldstrafe von bis zu 250.000 USD und/oder eine Gefängnisstrafe von bis zu 20 Jahren gegen Sie verhängt werden. Auf gerichtliche Anordnung können Sie Ihren Anspruch auf Lebensmittelleistungen auch für weitere 18 Monate verlieren. Wenn ein Gericht Sie für schuldig befindet, mit Leistungen in Höhe von 500 USD oder mehr gehandelt zu haben oder Schusswaffen, Munition oder Sprengstoff verkauft zu haben, verlieren Sie permanent Ihren Anspruch auf Lebensmittelleistungen.

Ich bestätige, dass mir erläutert wurde, dass ich berechtigt bin, einen Einkommensabzug für Lebensmittelleistungen für folgende Punkte zu erhalten: Betreuungskosten für Kinder/Erwachsene, medizinische Kosten, Unterkunftskosten, Versorgungskosten sowie Betriebskosten für Selbstständigkeit. Ich verstehe, dass ich durch Nichtangabe oder Nichtbestätigung der oben aufgeführten Kosten möglicherweise auf mein Recht verzichte, einen Abzug für diese Kosten zu erhalten.

Ihre Unterschrift: _____	Datum der Unterschrift: _____
Unterschrift des befugten Vertreters oder des Zeugen (wenn zutreffend): _____ Datum der Unterschrift: _____	
Ihre Telefonnummer: _____ Alles Zutreffende markieren: <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Mobil <input type="checkbox"/> Beruflich <input type="checkbox"/> Telegrammnummer	

*****NUR FÜR AMTLICHE VERMERKE*****

Datum des Interviews _____ Telefonnummer Amtsbesuch

Für Informationen zur Initiative zur Verhinderung von Schwangerschaften bei Teenagern, kontaktieren Sie bitte Ihr lokales Gesundheitsamt oder rufen Sie den Kundendienst des Ministeriums für Gesundheitspflege und Soziale Dienste der Vereinigten Staaten von Amerika unter 1 800 662 7030 an. Für Informationen zu Eheberatungsdiensten kontaktieren Sie bitte die Behörde für Soziales und Familie Ihres Verwaltungsbezirks.